

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 90 — São Paulo, Brasil

VOL. XXII

NOVEMBRO DE 1960

N.º 5

Sumário:

	<i>Pág.</i>
<i>Neurofibroma do pulmão — Dr. NICOLA GABRIELE</i>	67
<i>Torção do pedículo da hidatíde de Morgagni e sua frequência no Sanatório São Lucas —</i>	
<i>Dr. KUMAGAE HINKI</i>	71
<i>Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo Médico</i>	78
<i>Literatura Médica — Livros recebidos.....</i>	79



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO de 1960/1961

Presidente

DR. PAULO G. BRESSAN

Vice-Presidente

DR. ENRICO RICCO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Primeiro Tesoureiro

DR. LUÍS BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro

DR. CESÁRIO TAVARES

Bibliotecário

DR. MOACYR BOSCARDIN

Conselho Consultivo:

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

DR. ROBERTO DELUCA

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. NELSON CAMPANILE

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXII

NOVEMBRO DE 1960

N.º 5

Neurofibroma do pulmão (*)

Dr. NICOLA GABRIELE

(Ex-interno do Sanatório São Lucas)

O progresso da moderna cirurgia do tórax tem demonstrado tumores benignos de natureza nervosa, que antes eram diagnosticados como quistos. Estes tumores formam-se à custa da cadeia simpática, mais raramente do pneumogástrico e nervos intercostais, às expensas do tecido conetivo nervoso.

O neurofibroma, em algumas ocasiões, faz-se acompanhar de tumores em outros nervos, e de manifestações cutâneas, vindo a constituir a neurofibromatose de Recklinghausen.

A patologia destes tumores é muito complicada e representa um grupo importante de lesões tumorais em crianças e adultos. Têm origem em elementos nervosos e na sua constituição encontram-se fibras e células desse sistema.

Nas crianças partem quase sempre do simpático, encontrando-se o ganglioneuroma. No adulto está formado, em grande parte, de tecido fibroso, vindo daí a denominação de neurofibroma.

Estes tumores, quando pequenos, produzem escassa sintomatologia e são geralmente achados acidentais. Apresentam-se densos e nitidamente delineados. Ainda que geralmente esféricos, são ocasionalmente lobulados. Clinicamente a diferenciação entre ganglioneuromas e neurofibromas é difícil. No entanto, alguns autores acreditam que os ganglioneuromas crescem mais rapidamente.

A malignização ocorre em ambos os tumores, porém, é mais provável no neurofibroma. Quando esses tumores sofrem degeneração maligna, o que se verifica segundo Blades (citado por d'Abreu), em 41% dos casos, o tumor tem o aspecto e as características de um sarcoma.

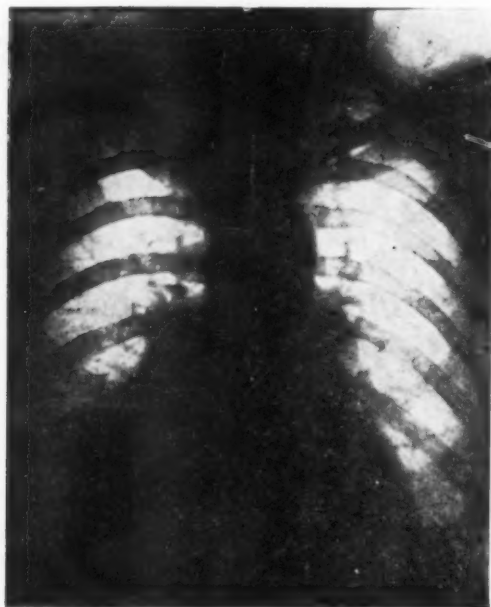


FIGURA 1

Caso em questão. — Em 1-9-1958, M.F.L., de 55 anos, branca, sexo feminino, contou que era portadora de dor no hemitórax direito, de pequena intensidade, porém constante, a qual melhorava com analgésicos comuns em comprimidos. Essa sintomatologia vinha de há 3 anos. Não referia tosse, expectoração, febre ou emagrecimento. Trazia uma radiografia com o diagnóstico de tumor benigno do lóbo inferior do pulmão direito.

Em 5-9-1958 a paciente foi operada no Hospital "Salles Gomes" — Feita a toracotomia, à direita, foi retirado o lóbo inferior D.; ao corte o tumor apresentava o aspecto da figura 2.

Enviada para exame anátomo-patológico, o resultado foi neurofibroma. O exame foi feito no Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pelo Dr. Becker, cujo laudo transcrevemos:

Exame macroscópico: *Dois fragmentos de tecido.* — Ambos mostram áreas de aspecto esponjoso, pardo-avermelhado e áreas branco-acinzentadas bem circunscrita, na superfície das quais observamos às vezes aspecto fasciculado, de consistência firme e elástica. O maior mede $4,2 \times 3,0 \times 1,2$ cm (FIP).

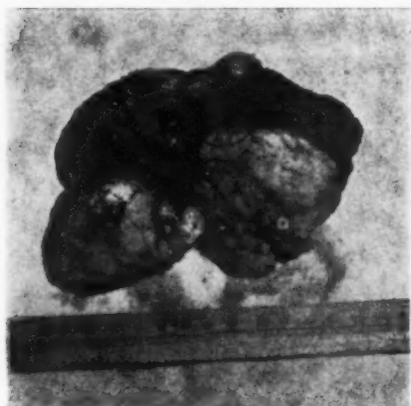


FIGURA 2

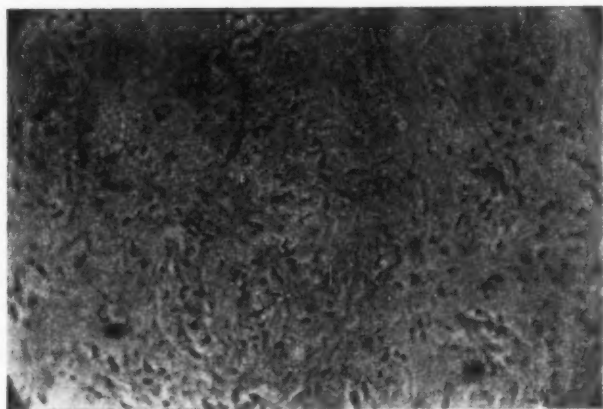


FIGURA 3

Exame microscópico. Chama a atenção uma formação de aspecto conjuntivo, com hialinização de fibras colágenas e células fusiformes de núcleos alongados em tili, e não raro, em "poste de madeira lascada", não se verificando mitoses atípicas. Tais elementos arranjam-se fasciculadamente, imbricando-se os feixes entre si. O tecido pulmonar nas adjacências mostra-se comprimido (colapso) pelo crescimento expansivo do tecido adventício descrito acima. (fig. 3 e 4).

Diagnóstico: *Neurofibroma — áreas de colapso pulmonar.*

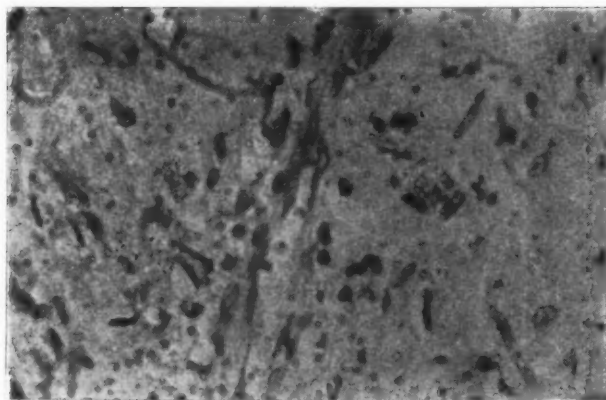


FIGURA 4

COMENTÁRIO

A despeito da freqüente ocorrência dêste tumor no mediastino posterior, êle raramente aparece no próprio pulmão. DAVIS, WINTHROP e KATZ, em 215 casos de nódulos solitários do pulmão, tratados cirurgicamente, num período de 10 anos, verificaram que 47% eram malignos e 53% benignos. Dêsses tumores benignos, apenas 2 eram neurofibromas.

Em 1946, BARTLETT e ADAMS descreveram um tumor neurogênico no hilo do pulmão E, que estava ligado ao brônquio principal, e foi tratado pela pneumectomia. RUBIM e ARONSON descreveram um paciente cuja autópsia revelou múltiplos nódulos tumorais na superfície de ambos os pulmões, que ficou provado ser neurofibroma múltiplo, embora o paciente não tivesse tido evidência de doença de von Recklinghausen.

Em 1949, TOUROFF e SAPIN relataram a remoção de um neurofibroma do pulmão. Em 1951, DIVELEY e DANIEL relataram uma lesão similar no lôbo médio direito.

Resumo. — O autor relata um caso de neurofibroma do parênquima pulmonar, tratado pela lobectomia inferior direita. Ressalta a raridade da localização dêsse tumor no pulmão.

REFERÊNCIAS

- 1) RAVITH (M. M.) e HANDELSMAN (J. C.) — *Lesions of Thoracic Pariets in Infants and Children* — The "Surgical Clinic of North America" — 1:405-1952.
- 2) DE BARKEY — *Year Book of General Surgery* — 141-142 — 1957-1958 séries.
- 3) PULLEN, (Lea e Febiger) — *Pulmonary Diseases*: 190.191 — 1955.
- 4) PONS (A. Pedro) — *Patologia y Clinicas Medicas*: 674-675, vol. III.

Torção do pedículo da hidatide de Morgagni e sua frequência no S. S. Lucas(*)

DR. KUMAGAE HINKI

(Médico Interno do Sanatório São Lucas)

A presente comunicação tem a finalidade de apresentar mais uns casos de torção do pedículo da hidatide de Morgagni verificados no Sanatório São Lucas.

A torção da hidatide de Morgagni é pouco frequente, pelo menos encontramos um número reduzido na literatura mundial, chegando aproximadamente a 4 ou 5 dezenas.

Na literatura nacional, a 1.^a comunicação, foi a feita à Sociedade Médica São Lucas em 18-12-45 pelo Dr. Waldemar Machado, a 2.^a a publicada nos Anais da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1952-3) pelos Drs. José Roberto Azevedo e Paulo Gorga.

A 3.^a, também à Sociedade Médica São Lucas em 14-12-53 pelo Dr. Clovis de Arroxelas Galvão Carapeba. Além dessas, não foram encontradas outras publicações a respeito.

A frequência das hidatides de Morgagni com torção do pedículo deve ser maior do que as citadas na literatura porque muitos casos passam despercebidos, são mal diagnosticados ou mesmo não são publicados.

O caso da comunicação que logo faremos é o 9.^o encontrado no Sanatório São Lucas, sendo que 2 foram publicados, como já falamos.

1.^o caso iniciais M.C.M. operado em 7-11-45 Dr. Eurico Branco Ribeiro

2.^o caso iniciais A.P.I. operado em 14-1-47 Dr. Eurico Branco Ribeiro

3.^o caso iniciais S.R. operado em 30-10-47 Dr. Eurico Branco Ribeiro

4.^o caso iniciais I.R.S. operado em 7-6-48 Dr. Eurico Branco Ribeiro

5.^o caso iniciais M.C.I. operado em 3-12-53 Dr. Eurico Branco Ribeiro

6.^o caso iniciais M.R.A. operado em 6-10-54 Dr. Paulo Bressan

(*) Trabalho apresentado em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas, em 3-XI-1960.

7.º caso iniciais M.S.A. operado em 9-1-55 Dr. Luiz Branco Ribeiro

8.º caso iniciais C.R. operado em 18-12-59 Dr. Eurico Branco Ribeiro

9.º caso iniciais U.J.C. operado em 2-9-60 Dr. Eurico Branco Ribeiro

Vejamos o presente caso:

Paciente que em 12-8-60 fez sua 1.ª consulta cujos dados são — U.J.C., sexo feminino, branca, alemã, casada, prendas domésticas.

Doenças peculiares à infância, menarca aos 13 anos ciclo menstrual de 28 dias com a duração de 3-4 dias, quantidade regular.

Relata que está casada há 4 meses, e que após a última menstruação (22-5-60) começou a sentir enjoos, sialorreia e frequentemente azia.

Há um mês começou a sentir dores de pequena intensidade na fossa ilíaca direita com irradiação às vezes para a perna direita e outras, para o epigástrico. Continuou com enjoos e a ter vômitos apesar de ter tomado medicamentos para combatê-los. De vez em quando sentia que puxava a perna direita.

Ao exame — Abdome m flácido, apresentando fundo do utero a 9 cts. do pubis, sinal de Mac Burney positivo.

Tirou radiografia em 22-8-60 cujo laudo foi o seguinte.

Ceco normal. Dores à pressão sobre a zona de projeção do apêndice.

SINAIS RADIOLÓGICOS DE APÊNDICITE.

Aparelho cardio vascular sem particularidades.

Pressão arterial Mx. 120 × Mm. 70. Pulso 90 bat. minuto.

Aparelho respiratório nada digno de nota.

Exames complementares.

Tempo de coagulação 6m. Tempo de sangramento 1,30 minutos.

Leucócitos 10.000. Hematias 4.500.000.

Taxa de Hemoglobina 76 %. V. Globular 0,8.

Exame de Urina — Sem particularidades, apenas no exame microscópico do sedimento foram encontradas várias células, muco, raros leucócitos isolados, raras hematias e fosfatos amorfos.

Pelos exames feitos, o diagnóstico não poderia desviar de apêndicite e com este diagnóstico foi levada à mesa de cirurgia em 2-9-60 cujo ato descreveremos:

Diagnóstico — Apêndicite crônica

Operador — Dr. Eurico Branco Ribeiro

Assistente — Dr. Kumagae Hinki

Anestesiista — Dr. John B. Kolb

Anestesia-Thionembutal-Eter-Novocaina.

Descrição:

Incisão de Eliot-Babcock, exposição fácil do apêndice que se mostrava com a ponta ligeiramente dilatada, sem aderências. Transfixão e secção do meso apêndice, esmagamento e ligadura da base, preparo da bolsa, Pean junto à ligadura, secção do apêndice, iodo no coto que foi invaginado em boas condições. Trompa direita de aspecto normal, havendo porém nas proximidades

do pavilhão, duas hidatides pequenas, na base de um pedículo de terceira hidatide muito maior com 2 cts. de diâmetro, de conteúdo hemático, sendo provavelmente a causa das dores acusadas pela paciente.

Ligadura e ressecção da base do pedículo e das hidatides, fechamento da parede por planos, agrafes na pele.

Operação realizada — Appendicectomia e extirpação da hidatide de Morgagni hemorrágica.

O post-operatório transcorreu sem novidades e no 5.º dia obteve alta após ter retirado os agrafes.

HISTÓRICO

A hidatide de Morgagni, também chamada apêndice vesicular, ciste vesiculoso, apêndice vesiculosae terminales, foi pela vez primeira descrita em 1740 por Morgagni, no seu clássico tratado *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis*. Ela é de uma forma esférica, as vezes piriforme de dimensões variadas de acôrdo com a idade podendo ser sessil ou pediculada cujo pedículo varia de mms. até cms. de comprimento.

Ela é um dos vestígios segundo alguns autores de tecido embrionário do sistema genito urinário que se encontram persistentes nos adultos de ambos os sexos enquanto que outros consideram como de origem linfangectasica, origem peritoneal ou mesmo de origem ovular.

Antigamente os autores não acreditavam que as hidatides pudessem trazer alguma perturbação.

Atualmente ainda na ocorrência de laparotomias é frequente o cirurgião encontrar hidatides de Morgagni, não ligando às mesmas a menor importância. Com efeito, a hidatide de Morgagni habitualmente não é ponto de origem de processos patológicos e sua existência é completamente despercebida pelo portador.

As perturbações que ela produz podem ser devidas a :

- a) Aumento de volume (o qual ao ultrapassar o volume de uma noz com aumento progressivo tem caráter de degeneração cística).
- b) Alteração do pedículo (torção).
- c) Aderências com órgãos vizinhos (intestino, epiplons, etc....)

Trataremos no presente somente da torção.

KELLY foi o 1.º autor que chamou a atenção e descreveu em 1938, casos de torção do pedículo com infarto hemorrágico e aderência ao intestino.

A torção do pedículo pode provocar um síndrome brutal e doloroso, um verdadeiro ictus ou então um quadro clínico discreto. Esta complicação pode-se dar nas pequenas como nas grandes, porém sua frequência é maior nas que possuem pedículos longos. O diagnóstico quase nunca é feito antes da intervenção cirúrgica, pensando-se mais em processos mais frequentes como apêndicite aguda, ciste de ovário torcido ou prenhes ectópica e esses erros são justificáveis. A literatura é rica em casos agudos em que o diagnóstico é de apêndicite aguda e o erro diagnóstico foi comprovado no ato cirúrgico como foi o nosso caso, onde o apêndice de aspecto normal levou o cirurgião a uma exploração mais minuciosa dos genitais internos, encontrando hidatide de Morgagni com pedículo torcido. WAUGH chama a atenção dos cirurgiões para o cuidado que devem ter quando num quadro abdominal agudo de fossa ilíaca direita encontre um apêndice macroscopicamente normal. É necessário a pesquisa dos anexos. Daí a razão de se fazer sempre uma incisão que permita fácil acesso e perfeita exploração da cavidade.

Quando a torção do pedículo ocorre em mulher grávida ou mesmo no decurso de uma amenorreia não gravídica, o diagnóstico desviará para a prenhes ectópica. Acrescente-se que nesses casos pelo exame ginecológico, pode-se encontrar o tumor latero uterino. A paciente do caso apresentado era gestante de 3 meses porém não apresentava sintomatologia de gravídês ectópica.

Citaremos ainda o caso de M.S.A. de 19 anos, casada branca feminino prendas domésticas residente em São Paulo operada em 2-1-55 cuja história é a seguinte :

Última menstruação 15-11-54. Desde então vômitos e obnubilação.

Em 2-1-55 apresentou cólicas violentas e perdas sangüíneas pela genitalia externa. Tontura e sede. P.A. 105 x 45, P. 136 rítmico e cheio.

Ao toque — Colo duro, doloroso à mobilização, sem dilatação, útero desviado para a esquerda. Punção do fundo de saco de Douglas negativa.

Diagnóstico — Prenhes ectópica?

Levado à cirurgia sendo cirurgião Dr. Luiz Branco Ribeiro

Assistente Dr. Homero Novo Fornari

Anestesista Dr. Roberto de Luca

Incisão mediana infra umbilical, útero aumentado de volume com aspecto de útero grávido. Trompas de aspecto normal. Hidatide de Morgagni apresentando coloração vinhosa. Foi ligada e ressecada. Apêndicetomia pela técnica habitual. Fechamento da parede por planos. Agrafes na pele.

Operação realizada, Apêndicetomia + ressecção da hidatide de Morgagni com pedículo torcido. O caso apresentado foi diagnosticado como gravídês ectópica e se tratava de torção da hidatide de Morgagni.

Revendo os arquivos do Sanatório São Lucas, encontramos 81 casos de hidatide de Morgagni dentre eles 9 casos de torção de pedículo.

É uma cifra relativamente grande pois chega a ser 11,12%.

Quanto à localização das torções, foi mais frequente no lado direito que foi em número de 7 sendo 2 para o esquerdo. A razão dêste fato é que quando a dor é na fossa ilíaca, o diagnóstico é de apêndicite (feito na maioria das vezes pelo próprio paciente ou de seus familiares) o que leva a mesa operatória, o que quase não acontece quando se trata do lado esquerdo.

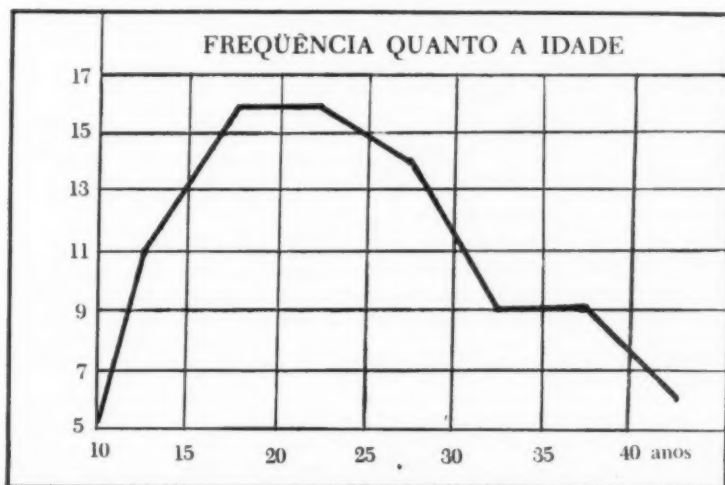
Quanto aos diagnósticos foram os seguintes :

Apêndicite aguda	4 casos
Apêndicite crônica	4 casos
Gravidez ectópica	1 caso

Quanto à idade

De 15 a 20 anos	6 casos
13 anos	1 caso
acima de 25 anos	2 casos

Segundo CETRONI, a frequência maior se encontra entre 15 a 21 anos como na nossa estatística e isso se deve ao fato do aumento do volume que sofrem as hidatides por ocasião da puberdade como acontece com todo o aparelho genital o que pode ser considerado como uma predisposição para a torção do pedículo.



Em idade mais avançada, próximo da menopausa, as hidatides sofreriam um processo de atrofia justificando a menor frequência.

No homem deverá ser a contração do cremaster a responsável pela patologia da torsão.

Vejamos agora as características dos 81 casos de hidatide de Morgagni num período de 1941 a 1960:

Lado direito	47 casos
" esquerdo	23 casos
Bilateral	3 casos
Sem indicação do local	8 casos
Total.....	81 casos

QUANTO AO DIAGNÓSTICO

<i>Apendicite aguda</i>	14 casos
<i>Apendicite crônica</i>	36 casos
<i>Outros diagnósticos</i>	31 casos
TOTAL.....	81 casos

<i>Sexo masculino</i>	3
<i>Sexo feminino</i>	78
<i>Solteiras</i>	36
<i>Casadas</i>	44
<i>Viúva</i>	1

INCISÕES USADAS

<i>Pfannestil</i>	20
<i>Infra umbilical</i>	17
<i>Scolo</i>	21
<i>Transversa</i>	6
<i>Mc Burney</i>	4
<i>Outras</i>	13
TOTAL.....	81

QUANTO À IDADE

<i>Até 10 anos</i>	0
<i>10 a 15 anos</i>	11
<i>15 a 20 anos</i>	16
<i>21 a 25 anos</i>	16
<i>26 a 30 anos</i>	14
<i>31 a 35 anos</i>	9
<i>36 a 40 anos</i>	9
<i>41 em diante</i>	6
TOTAL.....	81

CONCLUSÃO

- a) As torções da hidatide de Morgagni não são tão raras como parecem à primeira vista logo não são destituídas de importância.
- b) Em geral simulam a sintomatologia de apendicite.
- c) É provável que muitos pacientes operados de apendicite sejam na verdade portadores de pedículo de hidatide torcido que passa despercebido.
- d) As incisões nas apendicectomias devem ser o suficiente para pesquisa dos anexos.
- e) Os anexos devem ser sempre examinados em qualquer intervenção cirúrgica abdominal.
- f) As hidatides quando encontradas convém ser extirpadas durante o ato cirúrgico para evitar posteriores consequências.
- g) É mais frequente nas mulheres.
- h) A frequência da torção da hidatide de Morgagni deve ser maior que as citadas porque muitos casos passam despercebidos, são mal diagnosticados ou não são publicados.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — MACHADO (Waldemar) *Hidatide de Morgagni de pedículo torcido* — Boletim Sanat. São Lucas Vol. VII Fev. 46 N.º 8 pág. 125.
- 2 — GARVÃO CARAPEBA (Clovis de Artoxella) Boletim — Sanatório São Lucas Vol. XV abril 54 N.º 10 pág. 157 *Apoplexia da Hidatide de Morgagni*.
- 3 — WAUH (J.M.) *Gangrenous Hydatid of Morgagni* — Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic Vol. 14 junho 39 N.º 23 Pág. 358.
- 4 — RUDGE (W. de Souza) — DELASCIO (Domingos) — *Estudo Anatomo Clínico da Hidatides de Morgagni* — Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia. Tomo II Dez. 41 N.º 6 pág. 375.
- 5 — LORDY (Carmo) ORIA (José) DE AQUINO (João Th.) *Embriologia Humana e Comparada* 1940 pgs. 586-614.
- 6 — TESTUT (L.) *Traité D'Anatomie Humaine*, 4.ª ed. 1901 pág. 850.
- 7 — AZEVEDO (J. ROBERTO) GORGA (Paulo) *Anais da Clínica Ginecológica da Fac. Medicina U. São Paulo* Vol. V 1952-3 pág. 167 — *Hidatide de Morgagni com torção do pedículo*.
- 8 — PATEL (J.) *Nuevo Manual de Patologia Quirúrgica* — Tomo VI 1.ª ed. 127.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Reuniões do Corpo Médico

Reunião de 26 de junho de 1958 :

— *Pró-diagnóstico* — O Dr. Fernando Freire apresentou a história clínica de um doente "pró-diagnóstico". Evolução de alguns meses, dores no flanco e membro inferior direitos, astenia progressiva, anemia, suores profusos, inapetência. Passado amébio. Disuria. Há 6 anos, carcinoma espinho e basiocelular da pele, operado no Sanatório São Lucas. Enfartamento ganglionar generalizado, indolor, acusando surtos seguidos de regressão. Tumor abdominal, no hipocôndrio esquerdo, com circulação colateral da pele esboçada. Fígado ligeiramente aumentado. Surtos febris irregulares. Exame hematológico nada orientou para o lado do diagnóstico. Exame radiológico de estômago, colos e rins não mostrou anomalias. Foram feitas transfusões de sangue e biópsia de um gânglio cervical, cujo resultado irá confirmar o diagnóstico provável de Moléstia de Hodgkin ou o de histiocitoma, conforme a opinião do médico assistente. A punção-biópsia de um gânglio, sugeriu reticulo-sarcoma ou Hodgkin.

O Dr. Paulo Bressan acentuou a evolução pouco animadora do caso; os tumores espinocelulares dão metastases através do sistema linfático.

Reunião de 3 de julho de 1958 :

— *Pró-diagnóstico (continuação)* — O Dr. Fernando Freire fez a apresentação do caso já discutido, pró-diagnóstico, em nossa última reunião. O enfermo apresentava 14.000 leucócitos por mmg. com monocitose, fazendo crer numa febre de Ffeiffer intercorrente, a 11 de junho, pois a 26 junho os leucócitos desceraam para 8.000. Linfadenose aleucemica foi o diagnóstico feito mediante biópsia de um ganglio.

O Prof. Carmo Lordy discorreu sobre leucemias detendo-se particularmente sobre a linfadenose aleucemica. Descreveu a estrutura, formação e evolução dos ganglios linfáticos, para depois expôr as suas alterações patológicas, principalmente na leucemia aleucemica (linfadenose) onde os elementos linfáticos invadem e fazem desaparecer os seios linfáticos e mesmo rompem a capsula ganglionar, extendendo-se pelos tecidos vizinhos, os quais não reagem a sua presença, como reagiriam a uma propagação cancerosa. Foi exibida uma lâmina do caso.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Cuadros agudos del tórax — Aspectos quirúrgicos — Editorial Científica de la Facultad de Medicina — Montevideo — Uruguay — Dr. Oscar Bermúdez.

Com o intuito de facilitar ao leitor médico, quer seja ele um profissional ou um estudante, a consulta de um livro idoneo, cumprindo assim a sua finalidade que é ensinar, a Faculdade de Medicina, por meio de Editorial Científica, como aliás fazem diversas Universidades no País, incumbe-se de organizar publicações de textos de contribuições de seus docentes, seus trabalhos e investigações pessoais, assim como revistas, teses e monografias em geral.

O presente trabalho é de autoria do Professor Dr. Oscar Bermúdez, da Cadeira de Patologia Cirúrgica e cirurgia do Hospital Maciel para pronto socorro. Entre as eventualidades que, com frequência, se apresentam ao médico de plantão nos Serviços de Pronto Socorro e que constituem situações angustiosas a exigir urgente decisão e pronta execução, estão as "urgências torácicas" como lhes chama o autor. Muitas vezes, por não ter sido tomada uma providência terapêutica simples, correta e oportunamente, tem-se como consequência a perda de uma vida.

A agressão aguda do torax afeta gravemente o equilíbrio funcional de mecanismos vitais com consequências que, apenas por curto prazo, o organismo humano pode suportar e, não sendo tomadas as medidas capazes do restabelecimento daquele equilíbrio, as condições se tornarão incompatíveis com a vida do doente.

O plano de organização do livro é muito criterioso e didático: começa em sua primeira parte, com a análise das condições respiratórias normais e o mecanismo de perturbação da sua suficiência nas agressões agudas, estudando a ventilação pulmonar assim como a hipoventilação decorrente das diversas causas, nas variadas circunstâncias que podem lhe dar origem e as consequências da hipoxia resultante.

Considera, em seguida, as consequências sobre a circulação (agressão ao sistema de controle nervoso da circulação, modificação da volemia, obstáculo agudo à circulação de retorno, coração pulmonar agudo, parada circulatória). Termina a primeira parte passando em revista a dor torácica, as modificações do ritmo e frequência da respiração, a tosse, a expectoração e a cianose.

Na segunda parte, dividida em 10 capítulos, são analisados os traumatismos do torax em particular: traumatismos fechados, traumatismos abertos, aspectos clínicos do traumatizado do torax, tratamento dos quadros agudos do torax de origem traumática, lesões traumáticas toraco-abdominais, quadros agudos toraco-abdominais originados por estrangulamento de hernias diafragmáticas traumáticas, lesões traumáticas do esôfago, quadros agudos devidos a rotura ou perfuração pulmonar não traumáticas, quadros agudos provocados por hipertensão em grandes cavidades aéreas intrapulmonares e obstruções agudas das vias aéreas.

O decimo primeiro capítulo, que é o último da sua obra, é reservado á

parada cardíaca e morte na sala de operações, assunto cuja importância é desnecessário encarecer.

É um livro de grande utilidade, principalmente para os médicos que dão plantão nos Serviços de Pronto Socorro, e o objetivo do professor Bermudez, de transmitir a sua longa experiência aos profissionais mais jovens foi plenamente atingido — pois que o seu trabalho apresenta uma sumula cuidadosamente selecionada do que de mais importante de doutrina e prática o médico precisa conhecer para resolver acertadamente os casos emocionantes, de extrema urgência que, inopinadamente, se lhe depararão, no exercício de suas atividades profissionais, no Hospital de Pronto Socorro — É extensa a bibliografia referida.

Temas de Proctologia — Casos que foram objeto de estudo nos dez primeiros anos do funcionamento do Hospital dos Servidores do Estado.

Merece destaque o artigo do Dr. Walter Gentile de Mello sobre câncer do colon esquerdo (incluindo sigmoide, reto, canal e região anal). Estudo metódico e muito bem documentado sobre 113 casos com que o autor procurou tirar as conclusões que lhe permite sua grande experiência no

sentido de aperfeiçoar a conduta terapêutica e a técnica cirúrgica.

Colopatias não malignas (de indicação cirúrgica) pelo Dr. Armando Bernacchi é o segundo artigo.

Os Drs. Ary F. Pereira e Walter Gentile de Mello apresentam nova comunicação relativa a 20 casos de câncer avançado da pelvis.

As intervenções cirúrgicas praticadas foram sistematizadas em diagramas. Procuram justificar a indicação da chamada cirurgia superradical do câncer, nos casos avançados. Grande número de desenhos é apresentado como ilustração da conduta cirúrgica adotada.

Contém, ainda, a publicação, um artigo sobre Coccigectomia. Indicação e resultado de autoria dos Drs. Walter Gentile de Mello e Maria Amorim Araujo; um artigo do Dr. Hely Fragozo sobre melanose retocolica, com a apresentação de 2 casos; encerrando-se o trabalho com o relato de um caso de fistula enterorectal pósoperatória que foi operada com êxito favorável, obtendo-se a recuperação fisiológica e um artigo final com considerações sobre o pré e o pósoperatório na cirurgia ano retal, de autoria dos Drs. Walter Gentile de Mello e Asdrubal Freitas.

